

Agata Chabior¹

Starzenie się w aspekcie choroby, umierania i śmierci

DOI 10.24917/27199045.192.7

AGEING IN TERMS OF ILLNESS, DYING AND DEATH

Abstract

The article presents old age as a phase of an elderly person's life in which his/her social roles, especially family roles, are subject to change. In spite of these changes, family is still thought to be a fundamental plane of one's emotional functioning, it is where intergenerational transmission takes place. However, there are such events in the elderly person's life as illness, suffering and death that abolish intergenerational divisions, becoming a sphere of common searching for the best ways of going through them.

Keywords: old age, illness, suffering, dying and death, bereavement

Słowa kluczowe: starość, choroba, cierpienie, umieranie i śmierć, żałoba

Wprowadzenie

W istniejących charakterystykach procesu starzenia się wskazuje się, że związane z wiekiem pogarszanie się stanu zdrowia było i będzie jego nieodłączną częścią. Wynikają z tego przewidywalne konsekwencje, takie jak różnorodne ograniczenia, zawężenie horyzontów poznawczych, niedołęstwo, ból, cierpienie, śmierć. W XX wieku zazwyczaj starość kojarzono z przejściem na emeryturę, demencją, chorobami i śmiercią. Starsze osoby często przedstawiano jako ludzi potrzebujących pomocy w życiu codziennym, mniej zdolnych do radzenia sobie z nieuchronnymi konsekwencjami starzenia się. Panował stereotyp osoby starszej zajętej własnymi lękami dotyczącymi starości i starzenia się, a właściwie lękami związanymi z licznymi, trau-

¹ Dr hab. Agata Chabior, prof. UJK, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiki i Psychologii, agata.chabior@ujk.edu.pl

matycznymi zdarzeniami w życiu człowieka, jak choroba, umieranie i śmierć. Warto jednak wspomnieć, że już w połowie ubiegłego stulecia pojawiały się koncepcje, które zmieniały ten obraz promując aktywny styl życia, zaangażowanie we własny rozwój (Cavan, Burgess, Havighurst, Goldhammer 1949; Cavan, 1962).

Trudno jest pogodzić się z myślą o nieuchronności starzenia się i tego, do czego w konsekwencji prowadzi – śmierci (Yalom, 2008a). Człowiek instynktownie chce żyć długo i szczęśliwie, ale żeby długo żyć trzeba w końcu się zestarzeć i umrzeć. Śmierć jawi się jako zintegrowane z życiem zjawisko, o nieuchronności którego przypominają nam kolejne lata i zdarzenia takie jak choroba, cierpienie, osamotnienie, które jednocześnie jest zapisane w cyklu rozwojowym człowieka (Erikson, 1982).

Kolejne fazy życia w przestrzeni rodzinnej i społecznej przynoszą kolejne zadania i doświadczenia, wypierając myśl o śmierci, ale ona nam towarzyszy do starości i jest ciągle obecna, przez co „we wnętrzu wszystkich naszych zwykłych źródeł radości wyraźnie dostrzegamy robaka i stajemy się melancholijnymi metafizykami. Gaśnie wspaniałość życia i blaski świata. Ostatecznie jest tylko wieczne zmaganie się gorącej młodości z pokrytą szronem starością. Wreszcie starość wypowiada ostatnie słowo: czysto naturalistyczny pogląd na świat, choćby zaczynał się najbardziej entuzjastycznie, na pewno zakończy się smutkiem” (James, 1918, s. 128).

Człowiek spotyka się z ideą śmierci nawet przy okazji życzeń, kiedy ludzie mówią sobie „abyś żył długo i szczęśliwie”. Wyraża się tym samym przekonanie, że jakość życia i jego sens, ujmowanie są poprzez pryzmat długości i szczęśliwości egzystencji. Istotne jest więc zdrowie, które pozwala na życie w nadziei, że dążenie do kresu bez cierpieniem, a w poczuciu radości.

W okresie starości zdaje się mieć potwierdzenie nasze przywiązanie do modelu świata, który nazwać możemy „światem metafizycznego porządku”. Świat metafizycznego porządku to rzeczywistość kształtowana przez obiektywne (w chrześcijaństwie dane od Boga) prawa fizyczne. „Prawa te w omawianym modelu są tożsame z prawami moralnymi i estetycznymi, pospołu stanowiąc jednię Prawdy, Dobra i Piękną. Troiste prawa nadawały rzeczywistości równie troisty ład fizyczny, będąc zarazem ładem moralnym i estetycznym” (Gałuszko, Szewczyk, 1996, s. 17). Prawa troistego porządku tworzą coś w rodzaju planu strukturalno-funkcjonalnego świata, w którym wszystko ma swoje miejsce i związane z nim dokładnie sprecyzowane funkcje. Swoją sens i wartość mają w nim narodziny, radość i szczęście. Mają je też choroba, cierpienie, ból. Ma ją też śmierć. W świecie metafizycznego porządku śmierć, ból i cierpienie są zadomowione. Każdy człowiek w refleksji nad życiem i śmiercią odwołuje się do nagromadzonego w ciągu życia doświadczenia i samowiedzy.

Nasza cywilizacja jest cywilizacją postępu, który przyniósł bujny rozkwit medycyny i dyscyplin biologicznych mniej czy bardziej z medycyną związanych. Doniesienia o coraz to nowych osiągnięciach medycyny, przynoszą obietnicę wykorzenia chorób, a tym samym niezwykle czytelną, choć pośrednią obietnicę zwalczania śmierci. Świadczy o tym chociażby fakt, że choroby kiedyś uznawane za śmiertelne, dziś mają

statut przewlekłych. Z drugiej jednak strony ta sama potęga biomedycyny przeraża. Silna jest jednak świadomość nieuchronności własnej śmierci. Mamy świadomość tego, że zgodnie z podstawowym prawem biologicznym, każda komórka żywego organizmu musi po upływie określonego czasu zwyrodnąć i obumrzeć. (Wiśniewska-Roszkowska, 1985). Biomedycyna daje nadzieję, że można to zjawisko odroczyć w czasie, a jednocześnie potęguje lęk przed śmiercią i tym, aby nie była cierpieniem, bo wydłużanie życia wydaje się nierozzerwalnie związane z ewentualnie realnie występującym cierpieniem. Jednocześnie istnieje też obawa przed tym, by medykalizacja śmierci nie pozbawiła człowieka godności, aby „nasza” śmierć nie stała się „jakąś” śmiercią, nie przyjęła formy społecznie akceptowanego zabiegu. Wkomponowanie śmierci w naturalny bieg codziennych wydarzeń nie jest w stanie skutecznie wykorzenić pragnienia jej egzystencjalnego rozumienia, choć taka perspektywa egzystencjalistów (Kierkegaard 1972) przekonuje o wartości wplatania w codzienne życie świadomości własnej śmiertelności. Wreszcie przychodzi w życiu czas, uświadamiania sobie, że choroba i cierpienie to przedpole śmierci i żałoby, czas smutku i osamotnienia, ale też pracy nad porządkowaniem i organizowaniem życia na nowo, życia „po”, budowania przyszłości w cieniu przeszłości. Warto rozumieć swoją śmierć, aby nie była ona tylko biologiczną konsekwencją obumierania, aby śmierć miała swój sens i swoją jakość, aby nie była obnażaniem ludzkiego osamotnienia. W tych i takich właśnie momentach życia człowieka nie tylko seniora, nieocenioną rolę pełni rodzina. To w niej w pierwszej kolejności poszukuje się wsparcia, ale i potwierdzenia sensowności cierpienia, sposobu na oswojenie zaistniałej sytuacji.

W niniejszym ujęciu starość traktuje się jako zjawisko jednostkowe i społeczne, które ma swój głęboki obiektywny i subiektywny wymiar oraz rozpatrywana jest w relacji do czasu, jako czasu życia, działania i doświadczania. Tym bardziej, że postęp dokonujący się w dziedzinie medycyny i opieki geriatrycznej nie tylko wydłuża życie, ale też pomaga starszym pacjentom zachować funkcjonalność, także w przewlekłej chorobie. Co więcej, w dążności do opisywania ludzkiego starzenia się istnieje potrzeba koncentrowania się na zdolności człowieka do działania, przezwyciężania i osiągnięcia, a nie na pasywnym unikaniu życiowych problemów i na strachu przed bólem, niepełnosprawnością, chorobą, troskami i śmiercią (Yalom 2008b).

Upływ czasu – bieg życia – starość

„Starość należy do tych pojęć, które, choć dla każdego w pospolitym znaczeniu oczywiste, są trudne, a nawet niemożliwe do naukowego zdefiniowania. Klasycznym przykładem takiego pojęcia, trudnego do naukowego zdefiniowania, jest życie, którego nikt jeszcze nie potrafi określić bez zastrzeżeń. Starość jest fazą życia końcową, po niej przychodzi tylko śmierć, w konsekwencji brak definicji życia przekreśla możliwość zdefiniowania jednego z jego okresów w sposób bezdyskusyjny” (Kępiński, 1973, s. 318).

Według A. Comforta starzenie „polega na mijaniu, zużywaniu, narastaniu czy uciekaniu czegoś innego niż czas” (Comfort, 1968). Starość określana jest jako zjawisko kulturowe wywołane na podłożu biologicznym związanym z osłabieniem sił. Nie ma żadnego obiektywnego czy przyrodniczego prognozy starości. Wiązanie starości z wiekiem chronologicznym 70, 80 lat jest czysto umowne i rozpowszechniło się wraz z zabezpieczeniem społecznym (Piotrowski, 1973). Elżbieta Trafiałek o starości napisała: „jest naturalną fazą życia, następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się. Określana mianem »końcowej trzecji życia«, utożsamiana jest ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość biologiczna, fizjologiczna), ograniczeniem zdolności przystosowania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjoekonomicznym – nierzadko też z pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna) i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (starość społeczna)” (2006, s. 69). „Rozpatrywanie starości jako sytuacji w biegu życia pozwoliło odróżnić kulturową, umowną definicję starości od indywidualnej definicji starości. Indywidualna definicja starości wyraża się, mówiąc najogólniej, w odpowiedzi na pytanie »Kim jestem?« w obliczu obiektywnie doświadczanej sytuacji starości. Tym samym jest to przejaw biograficznie kształtującego się poczucia tożsamości, która rozpatrywana jest w aspekcie integralności jednostki, jej struktury wartości oraz projektów na przyszłość” (Bugajska, 2012, s. 72).

Wiek chronologiczny to kolejno przeżywane lata i związane z nimi fazy od urodzenia aż do sędziwej starości. Z fazami życia permanentnie związany jest czas i wyznaczany nim wiek. Mamy wiek chronologiczny, biologiczny, instytucjonalny, wzorcowy, metrykalny itd. Wszystkie one istnieją obiektywnie. Obok nich istnieją jeszcze subiektywnie przeżywane czasy: czas miłości, rozłąki, choroby, cierpienia. Czas i wyznaczany nim wiek jest zadomowiony w każdej fazie życia, które nachodząc na siebie spinają w klamrę zwaną „życiem” terażniejszość, przeszłość i przyszłość. Życie to pewne kontinuum. „Terażniejszość, przeszłość i przyszłość nie oddzielają się, są ciągłością, która nas unosi. Dlatego starzenie i starość nie mogą być oddzielone od dzieciństwa, młodości, dorosłości. Kontinuum życia prowadzi od urodzenia do śmierci” (Reboul, Guillaumin, 1982, s. 21).

W starzenie i starość bardzo mocno wpisany jest jej obiektywny i subiektywny wymiar. Wymiar obiektywny to pewien zbiór cech, które występując łącznie, uznawany jest za symptomy starości. Wśród nich najczęściej wymienia się w pierwszej kolejności oznaki starzenia zewnętrznie obserwowalne jak: siwizna, zmarszczki, plamy starcze, pochylona sylwetka czy konieczność posługiwania się protezami, a zaraz po nich: osłabienie sił biologicznych związanych ze zmianami w organizmie, cechy wyglądu zewnętrznego, emerytura, pojawienie się wnuków, śmierć współmałżonka. Obok tego wymiaru jest jeszcze wymiar subiektywny, związany z tym, naszej starość z całym dobrodziejstwem losu, który z sobą niesie nikt za nas nie przeżyje. Nie ma jakiejś starości, jest czyjaś starość i moja starość – do kogoś przynależy. Dlatego to jak jest

przeżywana zależy od wielu indywidualnie wykształconych cech, oraz od kontekstu społeczno-ekonomicznego w jakim jednostka przeżywająca swą starość się znajduje. Subiektywny wymiar starości łączy się z czasem i wiekiem, a dokładniej z byciem w czasie „bez wieku”. Wiek jako liczba lat jak i idea dojrzałości, starzenia się, życia i śmierci, bez której liczenie lat nie miałoby sensu przychodzi do innych osób, gdyż człowiek sam dla siebie nie ma wieku. Występuje zdecydowana zależność między wiekiem jednostki i poczuciem czasu. Trwanie czasu przedłużają przeżywane zdarzenia. Inaczej biegnie czas wtedy, kiedy jest się szczęśliwym, a zupełnie inaczej kiedy odczuwa się samotność lub cierpienie. Tak więc inaczej przeżywa się starość w miarę zdrową i pogodną, a inaczej tą obciążoną chorobami i cierpieniem. Bo starość choć chorobą nie jest, to z pewnością chorobom sprzyja. Subiektywny wymiar starości to także przeżywanie i odczuwanie upływu czasu. Znacznie szybciej w subiektywnym odczuciu upływa czas radości, zabawy i relaksu, znacznie dłużej się czas oczekiwania na jakieś zdarzenie, przyjazd długo oczekiwanej osoby, diagnozę. Wydaje się jednak, że najwolniej upływa czas cierpienia i choroby, to jakby zwielokrotnienie przeżywanego czasu.

Choroba

Choroba to stan, który pojawić się może w każdej fazie życia, ale są dwie szczególnie predysponowane do jej występowania – dzieciństwo i starość.

Choroba to odchylenie od prawidłowego stanu, jest ona odpowiedzią organizmu na działanie szkodliwego bodźca, czynnika chorobotwórczego. Rozumiana tu będzie jako element cielesnej, a przede wszystkim psychicznej kondycji człowieka.

Choroba jest wpisana w życie człowieka (Keirse, 2005). Zaburza w człowieku porządek duchowy i psychiczny (Yalom, 2008b). Stanowi swoisty element cielesnej kondycji człowieka, tak jak starzenie się i śmierć. Choroba wyzwala różne postawy wobec niej. W. Szewczyk (1984) wymienia pięć sposobów patrzenia na chorobę: wyzwanie, czyli trudność, którą trzeba rozwiązać; wróg, którego trzeba pokonać; kara, którą trzeba ponieść; ucieczka od problemów życiowych i odpowiedzialności; wreszcie wartość, która rozwija i pogłębia wewnątrznie.

Choroba jako integralna część ludzkiego życia rozciąga się na jej płaszczyznę cielesną, psychiczną i duchową. Według K. Osińskiej przeżywanie jej w sposób świadomy nadaje wartość o wiele większą od tej, jaką może dać samo zdrowie. Według autorki choroba może być przyjmowana jako dar, zjawisko, sytuacja, cierpienie, fakt, szansa i znak łaski. W odniesieniu do procesu adaptacji do choroby, włączając w to etap diagnozowania, wprowadza rozróżnienie na dwa zasadnicze rodzaje postaw wobec niej: altruistyczne (twórcze) i egoistyczne (pasożytnicze) (Ososińska, 1980). Choroba może być dla człowieka przeszkodą, stratą, ulgą, korzyścią lub wartością. Traktowana jako przeszkoda łączy dwa określenia: wróg i wyzwanie. Przyjmując chorobę jako wyzwanie człowiek podejmuje walkę, przeciwstawia się schorzeniu oraz odznacza się silną motywacją do pokonania słabości. Uznanie choroby za wroga kształtuje u cho-

rego gotowość do poddania się. Postrzeganie jej jako starty prowadzi do reakcji, którą cechuje stopniowe wycofanie się i bierne poddanie biegowi wydarzeń (Pilecka, 1986).

Człowiek chory przechodzi przez trzy etapy związane z zaistnieniem choroby: etap zaskoczenia, etap poszukiwania równowagi i etap uwalniania się od uzależnień chorobowych. Etap zaskoczenia charakteryzuje się między innymi rozczarowaniem, niepokojem i zawstydzeniem. Łączy się z oczekiwaniem na diagnozę, leczenie i rokowania. Warunkiem wkroczenia w drugi etap jest zmiana elementów zaskoczenia w elementy rozwijające i scalające chorego wewnątrznie.

Etap poszukiwania równowagi może mieć cechy pozytywne i negatywne oraz neutralne. Nastawienie pozytywne cechuje się refleksją nad sensem i celem życia, systemem wartości i realizacją ról społecznych. Prowadzi do wewnętrznego zharmonizowania człowieka chorego. Zdobywa on umiejętność chorowania, co przejawia się w rozumnym wykorzystaniu do troski i pomocy innym w rozwoju, dorastaniu i dojrzewaniu osobowości. Nastawienie negatywne polega na biernym przyjęciu choroby, izolowaniu się od innych ludzi i ich problemów oraz realizacji własnych egoistycznych celów. Nastawienie neutralne przejawia się w poszukiwaniu nieokreślonych celów i wartości. Osoby dążące do osiągnięcia równowagi w sposób negatywny lub neutralny nie widzą możliwości rozwoju osobowości i traktują chorobę jako porażkę życiową.

Etap uwalniania się od uzależnień chorobowych realizują osoby, które przeszły etap pozytywnego poszukiwania równowagi. Uwalniają się one od wpływu choroby na sposób myślenia, działania i odczuwania. Świadomie dążą do rozwoju własnej osobowości. Prowadzą aktywne i twórcze życie oraz konsekwentnie zmierzają do realizacji życiowych celów. Osoby chore, które zdobyły umiejętność chorowania, odznaczają się bezinteresownością, mądrością oraz coraz większą dojrzałością (Tamże).

Najważniejsza jest nadzieja, czyli przekonanie, że pożądanee cele są możliwe do realizacji niezależnie od znikomości prawdopodobieństwa ich osiągnięcia. Znaczy to, że istnieje przeświadczenie, że można wyzdrowieć niezależnie od tego, jak ciężko jest się chorym. Ważne by wierzyć, że jest wokół chorego, to czego potrzebuje. Trzeba odnaleźć przekonanie, dzięki któremu można współdziałać z lekarzem i razem sprawić, że zmieni się jakość życia chorego i z sukcesem zwalczy chorobę (Krzemionka – Brózda, 2005).

Choroba łączy się z przeżywaniem kolejnych etapów prowadzących do jej oswojenia. Przy czym to swoiste osvajanie choroby przybierać różne kierunki od *in plus* do *in minus*. Może dać twórczy rozwój i w efekcie wewnątrznie silnie zintegrowaną osobowość, gotową do walki z chorobą lub jej godnym przyjęciem. Ale może też zmierzać w kierunku apatii, izolacji, odrzucenia.

Przeżywanie choroby i kierunek jej przyjęcia zależy w bardzo dużym stopniu od stanu emocjonalnego chorego (często dokonuje on tzw. poznawczego przepracowania choroby, które jest podstawą do przystosowania się do niej), od jego cech osobowości oraz przeżywanych we wcześniejszych fazach życia zaburzeń nerwicowych lub psychicznych, wieku chorego i jego sytuacji rodzinnej, obrazu własnej choroby i możliwości jej leczenia.

Choroba to jedno z najbardziej jednostkowych, indywidualnych i intymnych przeżyć. W relacji do czasu możemy mówić o etapach przeżywania choroby. Choroba w relacji do funkcjonowania rodzinnego, to wydarzenie, które zmienia funkcjonowanie człowieka chorego i wszystkich innych członków wspólnoty rodzinnej. Choroba zmienia życie osoby chorej na wielu płaszczyznach, wyłączając z jednych, mocno ograniczając w innych, ale zmienia też życie pozostałych członków rodziny, reorganizuje je, modyfikuje postawione cele, przeszerogowuje priorytety.

Choroba to sytuacja, w którą zaangażowane są w mniej bądź bardziej świadomy sposób trzy strony: personel medyczny, chory i jego rodzina. Każda z nich ma inny obraz choroby budowany w oparciu o bardzo różne źródła oraz odmienny sposób reagowania na zdarzenia z nią związane. Wspólną płaszczyzną ich działania jest pomoc w budowaniu zrozumieniu choroby, jej przyjęcia i uczynienia z niej wartości. Do głównych zadań stojących przed rodziną chorego należą: redukcja lęku i poczucia chaosu, reorganizacja życia domowego i umacnianie wzajemnych więzi. Szczególnie istotne jest przeciwdziałanie osamotnieniu, bezradności i bezsilności poprzez poszukiwanie nowych wartości i zmianę planów życiowych z jednoczesnym umacnianiem poczucia wpływu na zdarzenia.

Spośród najczęściej występujących przykrych uczuć, które obserwuje się wśród śmiertelnie chorych jest przygnębienie, gniew i lęk. Najmocniejszy z nich jest lęk, który może mieć różne przyczyny. Najczęściej jest to obawa przed pogorszeniem się stanu zdrowia, ale przede wszystkim jest to lęk przed umieraniem, śmiercią (Tillich, 2016). W ostatniej fazie choroby, która nieuchronnie zmierza ku końcowi szczególnie silnie pojawić się może lęk przed umieraniem w cierpieniu i samotności. Jak wynika z badań jakościowych, to głównie cierpienie i sam proces umierania jest przedmiotem lęku, a w mniejszym stopniu sama śmierć (Fabiś, 2018). Cierpienie nierozdzielnie związane z życiem jest jednym z bardziej dokuczliwych doświadczeń życiowych. O ile bólowi można próbować zaradzić, o tyle w pewnych formach cierpienia ujawnia się bezradność człowieka. Jest ono sytuacją graniczną nie tylko dla samego cierpiącego, ale i dla otoczenia, jest wyzwaniem, które może stać się sensem życia (Frankl, 1971). Najbardziej widoczne jest cierpienie fizyczne, obok niego istnieje jeszcze odmienne od pierwszego cierpienie moralno-duchowe. Najczęściej powoduje je śmierć bliskich osób albo perspektywa własnej skończoności.

Człowiek doświadcza cierpienia, jest ono nieodłącznym elementem ludzkiego życia, jest to zjawisko powszechne, towarzyszy człowiekowi na każdym etapie rozwoju. Źródeł i przyczyn cierpienia może być wiele, składają się na nie częściowo czynniki zewnętrzne i częściowo wewnętrzne. Czynniki zewnętrzne stanowią nieodłączny element ludzkiego losu – już narodzenie człowieka naznaczone jest stanem cierpienia. Niezamierzoną przyczyną cierpienia bywa powszechne zjawisko choroby. Zjawiskiem nierozzerwalnie związanym z ludzkim cierpieniem jest starzenie się i wszystkie towarzyszące mu symptomy. Cierpienie jest rzeczywistością przeżywaną indywidualnie

przez osobę ludzką. Tylko człowiek, gdziekolwiek żyje i cierpi, stawia pytanie o sens i przyczynę tego faktu (Frankl, 2009).

Szczególnym stanem, który cierpienie wywołuje, jest lęk o los, jaki czeka człowieka po śmierci. Lęk ten wyrasta z biologicznego popędu zachowania gatunku i ludzkiego życia. Popęd ten nastawiony jest na rozwój i obronę własnego życia, a perspektywa przemijania i śmierci, rodzi w człowieku lęk i cierpienie.

Śmierć

Starość to ostatni etap w życiu człowieka, może dlatego napawa smutkiem, budzi tyle złych często nieuzasadnionych lęków. Częściej ten lęk towarzyszy ludziom jeszcze młodym, osoby starsze chyba coraz częściej godzą się z nieuchronnością własnej śmierci. To nie śmierci się boją najbardziej, lecz umierania, cierpienia, utraty samodzielności, niezależności, mocy sprawczej we własnym życiu. a przecież i jedno i drugie (starość i śmierć) są wpisane w każde ludzkie życie.

Śmierć jest dla człowieka zjawiskiem nieuniknionym, a zarazem stanowi wielką niewiadomą. Dla jednego będzie przejściem do „innego świata”, dla drugiego unicestwieniem – końcem wszystkiego. Nikt z żyjących nigdy nie zgłębi tego zjawiska, stąd rodzi się lęk przed śmiercią. Lęk tanatyczny od zawsze towarzyszył człowiekowi, tak jak sama śmierć. Wydawać by się jednak mogło, że podejście do zjawiska śmierci współczesnego człowieka uległo zmianie. Dawne kultury były bardziej odporne na umieranie. Wytworzyły model „śmierci oswojonej” – ludzie umierali w domach, w otoczeniu najbliższych, pogodzeni z tym faktem. W kulturze tradycyjnej śmierć pojmowana była jako naturalne przejście do Stwórcy. Model współczesny niesie ze sobą niepokój, lęk i wypiera świadomość śmierci. Dziś coraz więcej ludzi chce umrzeć jak najszybciej, bez bólu, żeby nawet nie poczuć – najlepiej ze znieczuleniem, we śnie. Z tym podejściem wiąże się również – obecne dzisiaj – zjawisko eutanazji. Eutanazja to przecież właśnie śmierć na życzenie – szybka, gładka, bez bólu i cierpienia (Israel, 2002).

Każdy człowiek w pewnym momencie swojego dzieciństwa zaczyna rozumieć właściwie pojęcie śmierci, jej nieodwracalności i tajemniczości (Kübler-Ross, 2007). Z całą pewnością śmierć ma swój sens – bez względu na punkt widzenia, i silnie oddziałuje na ludzi, co wyraża się w zmianie postaw, redefinicji celów życiowych u osób pozostających w żałobie. Nie można stwierdzić, co dzieje się po śmierci. Jest to w głównej mierze zależne jest przyjętej doktryny filozoficznej czy religijnej, ale występują pewne zachowania jednostkowe, które możemy nazwać etapami przechodzenia żałoby jako przeżycia osobowego, a nie faktu społecznego.

Śmierć zawsze wywołuje bardzo silną emocjonalną reakcję, której siła, natężenie i rodzaj zależy od takich czynników jak: sposób śmierci (wypadek, śmierć nagła, śmierć poprzedzona chorobą), stopień pokrewieństwa, rodzaj i częstotliwość wcześniejszych kontaktów z osobą zmarłą czy od wieku osoby zmarłej.

Proces umierania i śmierci był opisywany w literaturze przedmiotu na wiele sposobów, przytoczone wcześniej myśli potwierdzają tylko fakt, że wciąż trwa dyskusja na temat tego, czy lepiej definiować go jako stan, szereg etapów czy trajektorię. Niemniej jednak wszystkie teorie umierania oparte są na koncepcji, że jest ona procesem przebiegającym według pewnych przewidywalnych wzorców i obejmującym przejściowe stany emocjonalne i psychiczne wśród których dominuje ból, lęk, stres, zaprzeczenie. Za najpopularniejsze można uznać dwie teorie śmierci. W pierwszej z nich, reprezentowanej między innymi przez Elizabeth Kübler-Ross, umieranie i śmierć opisana jest jako zbiór stadiów pokonywanych przez człowieka w drodze ku śmierci. Umieranie charakteryzuje się jako proces obejmujący szereg nieciągłych etapów, które człowiek musi przejść, zbliżając się do schyłku życia. Charakter poszczególnych etapów oraz to, czy człowiek pokonuje je po kolei, czy może wrócić do wcześniejszych etapów trudno stwierdzić. Aby jednak zachować wysoką jakość życia w procesie umierania, trzeba je pokonać wszystkie.

Druga charakteryzuje śmierć i proces umierania jako stan psychiczny z antycypacyjnym nastawieniem do zdarzenia, sugerując przy tym, że stan psychiczny człowieka zmienia się z czasem, gdy życie dobiega końca.

Zgodnie z pierwszą klasyczną teorią na proces umierania składa się 5 etapów: zaprzeczenia, gniewu, negocjacji, depresji i akceptacji.

– Zaprzeczenie to wczesna faza umierania, oznacza niezdolność do zaakceptowania faktu umierania. To ważny etap, bo kiedy człowiek w końcu uzna fakt własnej śmierci, może przejść kolejne etapy w pełni świadomie.

– Gniew jest wynikiem uświadomienia sobie zbliżającego się końca. Może mieć charakter ukierunkowany i nieukierunkowany. Ten pierwszy kierowany jest najczęściej na członków rodziny lub samą osobę umierającą. Nieukierunkowany gniew to sytuacja w której człowiek zda sobie sprawę z tego, że nic nie jest w stanie powstrzymać procesu umierania.

– Negocjacje są wyrazem ukrytej nadziei na odzyskanie zdrowia.

– Doświadczanie depresji może obejmować smutek, poczucie beznadziejności i inne negatywne symptomy afektywne.

– Akceptacja nadchodzącej śmierci i retrospektywna analiza własnego życia jako próba uporządkowania spraw i zapomnienia dawnych krzywd jest ostatnim stadium.

Bardziej współczesne podejście do etapowego modelu umierania zostało zaproponowane przez R. Buckmana, który wylicza tylko trzy etapy umierania: fazę początkową, przewlekłą i końcową (2001).

Drugie teoretyczne podejście do procesu umierania łączy go z konkretnymi stanami psychicznymi lub postawami. Jego najpopularniejszym ujęciem jest teoria „lęku przed śmiercią”, podkreślająca antycypacyjny i afektywny komponent śmierci i umierania, który objawia się w stanie emocjonalnym pacjenta (strachu, lęku, przerażeniu, poczuciu zagrożenia). Paradygmat lęku przed śmiercią sugeruje, że umierający człowiek

wykorzystuje określone mechanizmy społeczne i psychologiczne aby poradzić sobie z lękiem antycypacyjnym.

Odwołując się do własnych doświadczeń, można w reakcji na śmierć osoby bliskiej wyróżnić pewne etapy. *Etap szoku i zagubienia w rzeczywistości* (nagle, uporządkowany do tej chwili świat ulega rozbiciu na wiele cząsteczek, pomiędzy którymi nie dostrzega się żadnego logicznego czy egzystencjalnego porządku, a nawet konieczności bycia). *Etap spotkania ze śmiercią* to czas konieczności pożegnania się fizycznie z ciałem zmarłego, przygotowania i przeżycia pogrzebu, sprostanania obowiązkowi stworzenia możliwości i warunków do pożegnania zmarłego przez członków rodziny i znajomych. Najczęściej jest okresem buntu, niezgody, osamotnienia, zmęczenia i poczucia krzywdy. To czas bólu, w którym uświadamiamy sobie konieczność pożegnania się z nawykami, przyzwyczajeniami, stylem życia „sprzed”. Trudny moment uświadomienia sobie, że już nigdy nie będzie tak jak przedtem. Kolejny etap to *etap przebaczenia samemu sobie* tego, że nie powiedzieliśmy wszystkiego tego co powiedzieć powinniśmy osobie zmarłej, że nie kochaliśmy zbyt mocno, że nie zdążyliśmy zrobić tylu rzeczy. To właściwy etap pożegnania ze zmarłym. Wreszcie *etap wypracowania własnego indywidualnego i autonomicznego sposobu bycia i funkcjonowania bez osoby zmarłej*. Redefiniuje się wtedy własne uczucia towarzyszące nowej sytuacji życiowej, to czas aktywnego bądź destrukcyjnego poszukiwania nowego ładu w życiu i organizacji codzienności.

Śmierć zawsze wywołuje bardzo mocne emocjonalne reakcje, jedną z nich jest dotkliwy żal, któremu towarzyszą poważne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja i patologiczny lęk. Śmierć – strata należy do trudniejszych wyzwań emocjonalnych, w obliczu których staje człowiek starszy. Problem utraty członka rodziny opisywany był na wiele sposobów, funkcjonują głównie dwa terminy uwzględniające jego konsekwencje emocjonalne i fenomenologię społeczną, a mianowicie żal i żałoba. Żal jest psychologicznym lub wewnętrznym doświadczeniem straty, podczas gdy żałoba odnosi się raczej do procesu zmagania się z nią. Poszukiwania społecznego i rodzinnego wsparcia (Hill, 2005, s.275).

Ze śmiercią nierozzerwalnie związana jest żałoba. Elementami żałoby są różne doznania i zachowania. Przeżywaniu żałoby towarzyszy smutek, lęk, poczucie winy, samotności (Fabiś i in., 2015). W psychologii przyjmuje się głównie, że żałoba ma następujące fazy:

- Fazę początkową (3–4 tygodnie) żałobnicy reagują na śmierć bliskiej osoby szokiem i niedowierzaniem w realną śmierć. Stan ustępuje po kilku dniach, a jego miejsce zajmuje zgeneralizowany smutek.

- Faza pośrednia (od 3 do 8 miesięcy po śmierci) okres poszukiwania nowej tożsamości, uczenia się nowych ról: wdowy, wdowca, osieroconego.

- Faza odzyskiwania równowagi (około roku od śmierci) wiąże się z pogodzeniem z realną sytuacją braku bliskiej osoby i zajęciem się życiem. Jest to okres reorganizacji życia oraz akceptacji śmierci. Żałoba trwa przeciętnie od jednego do dwóch lat.

W końcowej fazie żałoby zwiększa się zaufanie do siebie i poczucie własnej wartości. (Strelau, 2000, Fabiś i in., 2015).

Wyróżnia się czynniki ochronne w żalu i żałobie, które zdefiniowano jako konkretne zasoby dostępne dla osób przeżywających żałobę, zmniejszające stres związane ze śmiercią bliskiej osoby. Wśród nich zgodnie z koncepcją pozytywnego starzenia się wskazuje się na wsparcie społeczne. Wsparcie społeczne zostało zbadane jako czynnik ochrony z uwzględnieniem faktu, że osoby starsze funkcjonują w ramach licznej rodziny obejmującej dzieci i ich małżonków, a często mają także rozległe powiązania z własnym rodzeństwem i dalszymi krewnymi. Jeżeli starsza owdowiała osoba należy do rozległej sieci społecznej, otaczający ją ludzie mają osobisty interes w jej wspieraniu, ponieważ służy to zachowaniu ciągłości systemu społecznego wsparcia. W przypadku dzieci wspieranie rozpaczającego rodzica może być także sposobem na ukojenie własnego żalu po stracie rodzica. Nic więc dziwnego, że wiele starszych owdowiałych osób zwraca się do najbliższych i dalszych członków rodziny z prośbą o zrozumienie i wsparcie, szczególnie w początkowym okresie żałoby bardzo ważnym aspektem społecznego i rodzinnego wsparcia jest to, czy jest ono postrzegane przez osobę w żałobie jako znaczące i pomocne. Znaczące wsparcie obejmuje konkretne zachowania, w tym empatyczne słuchanie, udzielanie pomocy instrumentalnej, pomoc w zagospodarowaniu przedmiotów należących do osoby zmarłej oraz ułatwienie przyjęcia tożsamości osoby samotnej (Tamże).

Zakończenie

Omówione tu: choroba jako stan zaburzający w człowieku porządek duchowy i psychiczny oraz modele umierania, opisują złożoność interakcji sił psychicznych i fizycznych kształtujących indywidualną reakcję na proces umierania, w tym stanu wewnętrznego człowieka w jakościowo różnych punktach na kontinuum umierania. Podejścia te sugerują jednak, że radzenie sobie z chorobą i ze śmiercią wymaga włączenia zarówno mechanizmów psychologicznych jak i wsparcia społecznego oraz rodzinnego, pozwalających w pozytywny i nacechowany godnością sposób traktować spodziewane zmiany psychiczne i fizyczne, zwiastujące schyłek życia. Odwołanie się i wykorzystanie czynników ochronnych w żałobie jakimi niewątpliwie są regulacja emocjonalna i wsparcie rodziny pozwalają na następujące w czasie zbudowanie tożsamości osoby starszej i samotnej.

Rodzina jawi się jako podstawowa i najważniejsza płaszczyzna społecznego i emocjonalnego funkcjonowania człowieka starszego pogrążonego w żałobie czy pozostającego w sytuacji choroby i związanym z nią lękiem przed śmiercią. Rodzina jest środowiskiem aktywnym, to znaczy takim, które ulega przekształceniom i zmianom zarówno pod wpływem upływającego czasu, jak i różnorodnych zdarzeń rodzinnych warunkowanych kulturowo i obyczajowo. Życie rodzinne seniorów jest procesem dynamicznym, przechodzą oni przez różne fazy rozwoju, w tym proces umierania i śmierci, a także żałoby. Zgodnie z modelem pozytywnego starzenia się to rodzina uznana została za jeden z czynników ochronnych w chorobie, żalu i żałobie.

W tym aspekcie starość jawi się jako okres widocznego pogarszania się kondycji psychofizycznej, które staje się istotnym aspektem egzystencji, a jednocześnie zmusza do radzenia sobie z problemami egzystencjalnymi w celu zachowania odpowiedniej jakości życia. To właśnie sposób przeżywania starzenia się w zdrowiu i chorobie jest decydującym wyróżnikiem godnego życia, starzenia się i umierania.

Bibliografia

- Bartoszek, A. (2000). *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*. Katowice.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurology & Clinical Neurology*, 19, 989–1004
- Cavan, R.S. (1962). Self and role in a adjustment during old age. In: A. Rose (ed.). *Human behavior and social processes. An International Approach*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Cavan, R.S., Burgess, E.W., Havighurst, R.J., Goldhammer, H. (1949). *Personal adjustment in old age*. Chicago: Science Research Associates.
- Comfort, A. (1968). *Dlaczego się starzejemy*. Warszawa: PWN.
- Czerniawska, O. (1996). *Edukacja dorosłych we Włoszech. Szkice z andragogiki i gerontologii*. Łódź.
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed, a Review*. New York/London: Norton.
- Fabiś, A. (2018). *Troski egzystencjalne w starości. Ujęcie geragogiczne*. Kraków: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.
- Fabiś, A., Wawrzyniak J., Chabior A. (2017). *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Impuls.
- Frankl, V.E. (1971). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frankl, V.E. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Gałuszko, M., Szewczyk, K. (red.). (1996). *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź: PWN.
- Hill, R. (2005). *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*. Warszawa, Larum.
- Israel, L. (2002). *Eutanazja czy życie aż do końca*. Kraków: WAM
- James, W. (1918). *Doświadczenia religijne*. Warszawa: Skład Główny W Księgarni Gebethnera i Wolfa.
- Keirse, M. (2007). *Życie z chorobą*. Radom: POLWEN.
- Kępiński, A. (1998). *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kierkegaard, S. (1972). *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć*. Łódź: PWN
- Kübler-Ross, E. (2007). *Dzieci i śmierć*. Poznań: Media Rodzina.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
- Krzemionka-Bruzda, D. (2005). *Siły, które pokonują raka: wiara, nadzieja, zdrowie*. Kielce.
- Osińska, K. (1980). *Twórcza obecność chorych*. Warszawa: PAX.
- Pilecka, B. (1986). (red.), *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*. Rzeszów: Wyd. WSP.
- Reboul, H., Guillaumin, J. (red.). (1982). *Le tempset la vie les dynamisme du vieillissement*. Lyon: Librairie Decitre.
- Strelau, J. (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dziegielewska, M. (2006). *Gerontologia społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa, Aspra-jr.
- Szewczyk, W. (1994). *Rozumieć siebie i innych, Zarys psychologii*. Tarnów: Biblos,

- Tillich, P. (2016). *Męstwo bycia*. Kraków: Wydawnictwo Vis-a-vis/Etiuda.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1989). *Starość jako zadanie*. Warszawa: PWN.
- Yalom, I.D. (2008a). *Patrząc w słońce. Jak przetrwać groźbę śmierci*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Yalom, I.D. (2008b). *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.